

**FOODSHARE WISCONSIN REPAYMENT AGREEMENT
ACUERDO DE RE-PAGO DE FOODSHARE WISCONSIN**

Información personalmente identificable será usada solo por la administración directa de FoodShare Wisconsin.

Nombre del Caso	Numero del Caso	
Nombre del Representante de la Agencia	Fecha	Cantidad a Pagar \$

Llene y firme el acuerdo de re-pago de abajo y envíelo no mas tarde del ____/____/____ a:

(Dirección de la Agencia)

Términos de Pago: Usted puede pagar la sobre emisión de beneficios por medio de uno de los siguiente métodos:

- Pago Inicial** - Usted puede hacer un pago inicial en efectivo y/o usar sus beneficios de FoodShare para re-pagar toda la cantidad o parte de la cantidad a pagar.
- Pago Mensual** - Usted puede re-pagar en pagos mensuales ya sea que su caso este abierto o cerrado. El pago mensual mínimo debe de ser de por lo menos \$_____. Si su situación financiera cambia, usted puede solicitar una re-negociación del acuerdo de re-pago. Si usted no hace un pago mensual y su caso todavía esta abierto el Estado automáticamente cobrara cualquier sobre emisión de beneficios descontándolo de sus beneficios de FoodShare de cada mes.
- Reducción de Beneficios** - Si su caso esta abierto, usted puede re-pagar la sobre emisión de beneficios reduciéndolo de sus beneficios de FoodShare. El pago mínimo mensual debe de ser de por lo menos \$_____.

Suplementario: Si usted debe una sobre emisión de beneficios y es elegible para una adjudicación suplementaria de Foodshare, nosotros acreditaremos la adjudicación suplementaria de FoodShare a la sobre emisión de dinero que usted debe.

ACUERDO DE RE-PAGO

ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR (selecciona una):

1. **PAGO INICIAL** – Pago en efectivo y/o con beneficios de FoodShare por la cantidad de \$_____.
2. **PAGOS MENSUALES** – Pagos mensuales de \$_____. Entiendo que si actualmente estoy recibiendo o si recibiré beneficios de FoodShare en el futuro, cualquier cantidad pendiente de pago puede ser cobrada por medio de una reducción de beneficios.
3. **REDUCCION BENEFICIOS** – La reducción de mis actuales beneficios mensuales de FoodShare por \$_____. Entiendo que si mis beneficios de FoodShare terminan, cualquier cantidad pendiente de pago que yo deba tendrá que ser pagada.

Firma del Participante	Fecha de la Firma
------------------------	-------------------